

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAYBURT HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME TALEP DİLEKÇESİ

Müracaat Eden Aileye Ait Bilgiler							
Adı Soyadı :				Adresi :			
Ev Telefonu :							
Cep Telefonu :							

	Aile Fertlerinin Adı Soyadı	Cinsiyet		TC KİMLİK NO	Doğum Tarihi	Kayıt Yapıldı	AÇIKLAMALAR	İmza
		E	K					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

HEKİM DEĞİŞİKLİĞİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- 1 - Kişiler Aile Hekimlerine en az 3 (üç) ay süreyle bağlı kalmak zorundadır.
- 2 - Kişiler yeni bağlandıkları Aile Hekiminin çalışma şartlarını peşinen kabul eder ve gezici hizmet talep edemez.
- 3 - Hekim değişikliğinin yapılabilmesi için yeni bağlanılan Aile Hekiminin tercih formunun ilgili kısımlarının eksiksiz olarak doldurulması gerekir.

Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve bundan doğabilecek sorumluluğu kabul ediyorum.

BAŞVURU TARİHİ : / /

İMZA :

HALEN BAĞLI OLDUĞU AİLE HEKİMİNİN *	TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİNİN
Adı Soyadı :	Ad Soyadı : ONAYI
Aile Hekimliği No'su :	Aile Hekimliği No'su : / /
İl / İlçe :	İl / İlçe : Kaşe İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ			
<input type="checkbox"/> HEKİM TERCİHİ	<input type="checkbox"/> FİZİKSEL MEKAN TERCİHİ	<input type="checkbox"/> ULAŞIM GÜÇLÜĞÜ	<input type="checkbox"/> HİÇ KAYDI YOK
<input type="checkbox"/> İL İÇİNDE GÖÇ	<input type="checkbox"/> İL DIŞINDAN GÖÇ	<input type="checkbox"/> HATALI KAYIT	<input type="checkbox"/> DİĞER.....

BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK			
EVRAK SIRA NO :		KAYIT GÖREVLİSİ	
Formun teslim alınma tarihi	.... / .... / 20...	Adı Soyadı	.....
.....	.....	Ünvanı	.....
Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi	.... / .... / 20...	İmza	.....
Mevcut Aile Hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih	.... / .... / 20...		
AÇIKLAMALAR			
.....			

İlk Defa aile hekimine kayıtlı olacak hastalarda * işaretli kısımlar doldurulmayacaktır.
Daha önce kayıtlı olduğu Aile Hekimine gönderilecektir. (3.Suret)
Tercih edilen Aile Hekimine Gönderilecektir. (2.Suret)
Toplum Sağlığı Merkezinde kalacaktır. (Aslı)